临床研究

腋窝副乳腺的临床分型微创手术治疗 附68例报告

朱 婧[1],唐 庆[2],朱大江[1]
[1]佛山市妇幼保健院乳腺疾病防治中心,广东 佛山 528000;[2]中山大学附属第一医院整形外科,广东 广州 510080

摘要:目的 探讨进行临床分型对微创治疗腋窝副乳腺的意义。**方法** 对68例(116侧)腋窝副乳腺根据(1)脂肪/腺体比例(2)腺体相对位置,两项内容将腋窝副乳腺临床分为3型,分别采用吸脂、小切口腺体切除或乳腔镜技术微创治疗,观察手术及临床效果。**结果** 临床分型各组间手术时间有统计学差异,出血量、引流量等无统计学差异。切口均Ⅰ期愈合,疤痕微小、隐蔽。**结论** 对腋窝副乳腺临床分型后,采取不同术式进行微创治疗明显缩短手术时间,达到微创及美学效果,值得临床推广应用。
关键词:副乳腺;临床分型;微创手术

Minimally invasive surgery treatment of axillary accessory breast after clinical classification: Report of 68 Cases

ZHU Jing[1], Tang Qing[2], ZHU Dajiang[1]
[1]The Breast Diseases Center, Maternal and Children Healthcare Hospital of Foshan, Foshan 528000, China; [2]The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510080 ,China

Abstract: Objective To investigate the significance of the minimally invasive treatment of armpit deputy breast after clinical typed. **Methods** Separate 68 cases (116 sides) of axillary accessory breast into 3 types by 2 factors: (1) fat/gland ratio (2)the relative position of gland. Different type select different surgical minimally invasive treatment, observed surgery and clinical effects. **Results** There are significant statistical significance between each clinical group in operative time, and no statistical significance in the amount of bleeding, drainage and so on. All cases were primary healing, hidden and tiny scar. **Conclusion** The operative time get shorten in different minimally invasive surgical procedure after clinical classification. It achieves a minimally invasive and aesthetic effect which is worthy of clinical application.
Key words: Accessory breast; clinical classification; minimally invasive surgery

副乳腺(多乳房症)是乳腺科临床常见先天性畸形疾病,亚洲人多发,女性多于男性,女性发病率为1%~5%[1]。可以发生在两侧原始乳腺发生线(Schultze线)的任何部位,常见于腋窝前缘或正常乳腺的尾部,表现为半球形或不规则隆起,多伴有局部脂肪组织增生。患者常因外观畸形或疼痛症状就诊。

佛山市妇幼保健院乳腺疾病防治中心自2011年1月~2014年1月共收治副乳腺患者68例(116侧),临床分型后分组选:(1)肿胀麻醉吸脂法;(2)腋窝皮纹小切口腺体切除法;(3)乳腔镜技术治疗,取得了较好的临床疗效,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

2011年1月~2014年1月收治女性副乳腺患者68例,年龄20~55岁,平均33.6岁。均主诉腋前或腋下肿块,双侧48例,单侧20例,伴有明显副乳头者14例。发病时间1个月~10年,平均34.2个月。49例为育后妇女,19例为未育青年。

1.2 术前准备

1.2.1 特殊检查 高频超声及钼靶(>35岁)检查了解副乳腺范围、腺体中有无占位性病变以及腺体所占比例。5例伴有副乳腺体内占位,术前行细针穿刺细胞学检查排除恶性病变。

1.2.2 临床分型 首先主要依据高频超声结果分型:(1)脂肪型(F型):高频超声为脂肪样回声,钼靶提示腺体比例<25%;(2)腺体型(G型):高频超声可见明显团块状、片状腺体样回声,钼靶显示腺体比例25%~75%。

G型患者根据卧位上肢外展时腺体中央与腋前皱襞距离分为中央型(G1型):腺体主要分布于腋窝,其中央距腋前皱襞距离≥2 cm;腋前型(G2型):腺体分布靠

收稿日期:2015-05-01
基金项目:佛山市卫生局2013年科技攻关项目(2013163)
作者简介:朱 婧,E-mail: zjsmall@vip.sina.com

近腋前，其中央距腋前皱襞距离<2 cm。

临床分型后手术分组，F型28例，G1型21例，G2型19例。F型患者行单纯肿胀麻醉吸脂治疗；G1型患者经腋窝皮纹小切口行腺体切除手术；G2型患者则行乳腔镜下腺体切除手术。

1.2.3 副乳腺标记　术前分别取立位上肢自然下垂（标记为实线）及上肢外展45°（标记为虚线），标记副乳腺切除范围边界，同时以等高线法标记副乳腺最突出处。

1.2.4 溶脂液的配制　生理盐水200~250 mL，蒸馏水200~250 mL，2%利多卡因20 mL，肾上腺素0.5 mg[1]。

1.3 手术方法

1.3.1 肿胀麻醉脂肪抽吸　在标记范围内的皮下分层多处注射溶脂液150~200 mL，至穿刺孔溶脂液呈涌泉样，等待5~10 min。F型及G1型选择腋前线乳头水平皮纹处，取长3 mm切口，选用2.5~3 mm吸脂针；G2型患者，取10 mm切口，选用8~10mm吸脂针，接吸脂机，调节负压70~80 kPa对溶脂范围内的脂肪进行扇形抽吸。保留皮下脂肪厚度约5 mm，注意边缘处过渡，勿形成台阶样边界。

1.3.2 小切口腺体切除　G1型患者于脂肪抽吸后取腋窝皮纹1~2 cm小切口，切开皮肤及皮下，切除纤维条索状副乳腺腺体。5例超声检查提示占位者，同期切除腋窝腺体内肿块。

1.3.3 乳腔镜腺体切除　G2型患者吸脂后于切口置入10 mm Trocar，充入CO_2气体，压力上限设置8 mmHg。可见副乳腺腺体呈致密纤维条，经少许结缔组织呈网状与皮肤及深筋膜相连。于乳晕外上边缘取切口置入10 mm Trocar进行手术。以电钩及剪刀交替分离腺体与皮肤之间相连纤维组织，副乳腺与皮肤完全分开后位于创腔的底部。从创腔顶部中央将带线缝针由皮肤刺入，环绕副乳腺缝合一针后缝出，牵拉缝线将副乳腺体提离创腔基底，电钩循副乳腺与深筋膜组织的交界处切除副乳腺，由操作孔将腺体组织取出[2]。

1.3.4 根据胸壁、乳房的体表形态吸脂修整　取平卧位及半坐卧位取不同角度观察手术区域外观效果，根据胸壁、乳房的体表形态，观察腋窝与胸壁轮廓，接2.5 mm吸脂针补充吸脂修整，使胸壁至腋下轮廓自然过渡。F型范围较大患者及G1型手术患者由吸脂切口置10~12号硅胶胃管接负压引流，G2型患者由吸脂孔置10 mm硅胶管接负压引流，腋窝或乳晕切口皮内缝合，厚敷料均匀加压包扎。伴副乳头者遵循患者意愿切除或保留。切除组织及脂肪抽吸组织行常规病理检查。

1.4 术后处理

术后常规加压包扎3 d，维持负压引流3~5 d，限制术侧上肢上举7 d。

2 结果

2.1 手术情况

腔镜手术无1例改开放式手术，无1例患者因出血需二次手术治疗。3种术式各组间手术时间有明显统计学意义（图1，$P<0.001$），其余手术指标差异无统计学意义。

表1 3种术式手术情况

	F型	G1型	G2型
病例数	28例56侧	21例34侧	19例26侧
单侧手术时间(min)	24.53±6.16	29.32±6.95	39.54±10.00
单侧吸脂量(mL)	38.48±11.76	37.59±8.51	43.27±13.38
单侧出血量(mL)	3.54±1.35	3.24±2.36	4.42±1.50
单侧首日引流(mL)	26.73±8.99	24.06±8.22	28.50±9.76

2.2 手术切除组织术后病理学检查

符合副乳腺63例，脂肪组织5例，伴副乳腺纤维腺瘤3例，伴副乳腺囊性增生2例，伴导管上皮增生18例，伴淋巴结反应性增生2例。未发现恶性病变及癌前病变。

2.3 手术效果

术后皮肤瘀斑5例，高频超声检查未见血肿形成，随访1个月内瘀斑均完全消失。切口位于腋窝皮纹、腋前线和乳晕外上边缘，长3 mm~2 cm，小而隐蔽，均Ⅰ甲愈合。术后随访时间3~24个月，平均随访9.5个月。患者术后外观良好，伴疼痛局部症状者均缓解，肩关节活动无受限，上肢无肿胀，无上臂内侧疼痛和麻木，对手术效果满意。

3 讨论

3.1 手术适应证

副乳腺体和正常的乳腺一样，在内分泌影响下也可显示周期性变化，可具有泌乳功能及随月经变化而出现肿胀、疼痛症状。据国内、外报道副乳腺癌的发生率约占所有乳腺癌的0.15%~0.6%[3-5]。由于副乳腺所在的特殊位置，淋巴系统丰富，一旦癌变，易引起淋巴转移，5年存活率低。因此，临床上对副乳腺疾病的诊断与治疗应予以重视[4-5]。大多数学者认为手术适应证为:（1）副乳腺的良、恶性肿瘤；（2）副乳腺有明显的周期性或不规律胀痛者；（3）副乳腺体积大，影响外观者；（4）伴有副乳头溢液者；（5）有乳腺癌家族史者[6-7]。

3.2 副乳腺目前治疗手段主要是手术切除腺体

由于副乳腺组织边界不清，部分术后残留腺体导致患者仍然有腋下胀痛症状。副乳腺多伴局部脂肪增生，切除不足或过多可能致术后外观改善不明显或凹陷畸形，外观上破坏了女性胸部的形体美。

传统或改良手术切口较长（20~50 mm）[8-10]，切除范

围较大,切口多位于剥离的皮瓣中央,手术分离副乳腺边界时需对切口进行牵拉,可能导致切缘皮肤血运障碍,容易出现切口愈合延迟、感染等并发症,常形成宽大的瘢痕,甚至影响上肢功能,现已较少采用。

副乳腺多伴有脂肪堆积,目前使用较多的吸脂加小切口治疗副乳腺的方法[11-12],对于副乳腺位于腋窝顶部者,可达到治疗和美容效果。但此种方法在副乳腺位于腋前线或位置较低靠近乳腺腋尾部时,腋窝皮纹切口远离副乳腺组织,小切口操作困难。乳腔镜技术也越来越多应用于副乳腺的治疗[2, 7, 13],但临床实践中我们发现乳腔镜并不适用于所有副乳腺患者,对于腺体位于腋顶部或脂肪型患者,并未达到真正微创治疗的目的。麦默通微创旋切系统亦有学者应用于副乳手术[14],但副乳腺体边界不清,同时大部分患者伴有脂肪堆积情况,术后仍可能有复发或外观改善不足的情况。

笔者根据手术经验将患者进行临床分型,采取脂肪抽吸配合不同手术方式微创切除副乳腺的方法。F型患者采用单纯肿胀麻醉脂肪抽吸治疗。G型患者根据卧位上肢外展时腺体中央距腋前皱襞距离分为中央型(G1型):中央距腋前皱襞距离≥2 cm,选用吸脂加皮纹小切口手术;腋前型(G2型):腺体分布靠近腋前,其中央距腋前皱襞距离<2 cm,选用吸脂加乳腔镜技术。临床分型后选用最适宜的手术方案,大大缩短手术时间,减少手术并发症,并节约了医疗资源。脂肪抽吸后术区皮肤的回缩机制,有效地克服了多余皮肤的下坠,形态自然,从而保证术后局部良好的外观形态。

3.3 手术注意事项

副乳腺为发育不全的乳腺组织,位于皮肤与深筋膜之间,呈密集纤维条索状,形态边界通常不如正常乳腺组织明显,部分与皮肤或深筋膜粘连。手术应紧贴皮下到深筋膜下完整切除保证手术效果。副乳腺常于青春期及妊娠期增大,对于有妊娠计划患者,建议产后择期手术。其次,副乳多伴脂肪堆积,手术时多为平卧位,但术后患者自我观察时多为立位。术中应注意调高上半身手术床,多次多体位对比,切除副乳腺组织后可再次补充吸脂,必要时可增加辅助切口从不同角度吸脂以达到良好外观效果。最后,乳腔镜操作在中央区、近腋窝区与深筋膜分离时应避免盲目深入,勿损伤腋窝重要血管神经。

副乳腺的表现多种多样,将副乳腺患者进行临床分型后,应用溶脂吸脂技术配合皮纹小切口或乳腔镜等微创手术方式切除副乳腺体,缩短手术时间,操作难度小,并发症少,术后手术疤痕位于隐蔽部位,美容效果好。

参考文献:

[1] 骆成玉, 季晓昕, 张 键, 等. 乳腔镜腋窝淋巴结清扫的手术技术[J]. 中华外科杂志, 2005, 43(1): 24-7.

[2] 朱 婧, 郭钊轩, 周志升, 等. 肿胀麻醉吸脂配合乳腔镜技术治疗腋窝副乳腺[J]. 中华医学美学美容杂志, 2013, 19(2): 143-4.

[3] Matsuoka H, Ueo H, Kuwano H, et al. A case of carcinoma originating from accessory breast tissue of the axilla[J]. Gan No Rinsho, 1984, 30(4): 387-91.

[4] 王 翔, 王 慧. 副乳腺癌诊断与治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2013, 33(3): 236-7, 240.

[5] 郑 磊, 刘俊田, 丛义滋, 等. 副乳腺癌38例临床与病理分析[J]. 中国肿瘤临床, 2010, 37(5): 277-9.

[6] 张 磊, 朱伟良, 杨 澜. 腋部副乳腺整形切除199例体会[J]. 中华乳腺病杂志:电子版, 2008, 2(3): 331-5.

[7] 骆成玉, 张 键, 杨 齐, 等. 完全腔镜腋窝副乳切除手术的临床经验[J]. 中国微创外科杂志, 2007, 18(7): 682-3.

[8] 胡平生, 谢锡驹, 王 锋, 等. 腋下小切口副乳腺切除加腋窝成形术26例临床分析[J]. 江苏医药, 2012, 38(21): 2603-4.

[9] 李菊妹, 张 磊, 朱伟良, 等. 两种切口治疗腋前副乳腺的临床应用分析[J]. 中国医师进修杂志, 2009, 32(8): 57-9.

[10] 隋志甫, 谷廷敏, 赵志力, 等. 脂肪抽吸结合小切口腺体摘除治疗女性腋区副乳45例临床分析[J]. 吉林大学学报:医学版, 2010, 36(4): 639-41.

[11] 刘 昌, 秦 红, 杨咏华, 等. 腋下副乳的整形外科治疗[J]. 江苏医药, 2013, 39(10): 1212-3.

[12] 林忠泵, 林 洁, 谭晓燕, 等. 经腋下内窥镜辅助下副乳切除术[J]. 临床医学, 2012, 32(12): 17-8, 144.

[13] 李瑞华, 杨 敏, 李 静, 等. 副乳腺微创切除术[J]. 中华乳腺病杂志:电子版, 2010, 4(2): 177-82.